FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1962

THÈSE

N° 1080

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques, Paul PLET

Né le 23 mai 1929, à Dechy (Nord)

Présentée et soutenue publiquement le 29 juin 1962

Aspects radiologiques trompeurs des entéro-colites sévères aiguës de l'enfant et du nourrisson

Président : M. JULIEN MARIE, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1962

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1962 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques, Paul PLET

Né le 23 mai 1929, à Dechy (Nord)

Présentée et soutenue publiquement le 29 juin 1962

Aspects radiologiques trompeurs des entéro-colites sévères aiguës de l'enfant et du nourrisson

Président : M. JULIEN MARIE, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1962

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN : Léon BINET. *Membre de l'Institut*

1er ASSESSEUR : Gaston CORDIER — 2e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboïsière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) .. .. Redon (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) .. .. Soulié (P.)
Cliniques chirurgicales :
Beaujon : Lortat-Jacob (J.-L.) — *Cochin* : Léger (L.), Aboulker (P.) — *Hôtel-Dieu* : Patel (J.) — *Pitié* : Cordier (G.) — *Saint-Antoine* : Gosset (J.) — *Salpêtrière* : Sicard (A.) — *Tenon* : Olivier (Cl.).
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades) .. .. Fèvre (M.)
Clinique chirurgicale orthopéd. et traumat. (Cochin) Merle d'Aubigné (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) .. Gaudart d'Allaines (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) .. Mathey (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié) .. .. Decourt (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) .. Lamy (M.)
Clinique gynécologique (Broca) .. .. Huguier (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis) Degos (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades) Cathala (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) . Mollaret (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) .. .. Delay (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker) .. .. Hamburger (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) .. .. .. Marchal (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) Castaigne (P.)
Cliniques médicales :
Boucicaut : Milliez (P.) — *Broussais* : Lenègre (J.) — *Cochin* : Justin-Besançon (L.), Brouet (G.) — *Hôtel-Dieu* : Bariéty (M.) — *Lariboisière* : Sèze (S. de) — *Pitié* : Dreyfus (G.) — *Saint-Antoine* : Kourilsky (R.).
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) .. Debray (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) .. .. Gennes (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) .. .. Derot (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) .. .. David (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière) .. .. Garcin (R.)
Cliniques obstétricales :
Baudelocque : Lacomme (M.) — *Foch* (Suresnes) : Merger (R.).
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) . Varangot (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) .. .. .. Renard (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) . .. Aubry (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) .. .. Lelong (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) .. Marie (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) .. .. Bernard (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) .Michaux (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) Coste (F.)
Clinique stomatologique (Pitié) .. .. Dechaume (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) .. Roux (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) .. Lemaire (A.)
Clinique toxicologique .. .. Gaultier (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique Padovani (P.)
Séméiologie médicale .. .. Domart (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales .. .. Poilleux (F.)
Clinique urologique (Necker) .. .. Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) Turpin (R.)

b) Professeurs a titre personnel :

Médecine .. .. Bour (H.), Lhermitte (F.), Pequignot (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :
MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.); GILLOT (C.); OLIVIER (G.), *pr. s. ch.*

Anatomie pathologique :
Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.* ; MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *m. conf.* ; NEZELOFF (Ch.) ; ORCEL (L.) ; PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :
MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie :
MM. BARBIER (P.), *pr. s. ch.* ; CHRISTOL (D.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :
MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.* ; BOURILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.); JEROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie :
MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :
MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B).

Electro-Radiologie :
M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :
MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :
MM. COUJARD (R.), *pr. s. ch.* ; MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :
MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :
MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.* ; BLANCHER (G.); Mme CORRE-HURST (L.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses :
MM. BASTIN (R.), *pr. s. ch.* ; DUPONT (V.).

Médecine légale :
MM. FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISET (B.).

Neurologie : M. LAPRESLE (J.).

Obstétrique :
MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LEVY (J.); MORIN (P.); MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENÈZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophtalmologie :
MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).

Orthopédie :
MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-Laryngologie :
MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :
MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :
MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.); DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. DE); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :
MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.); BOIVIN (P.); CROSNIER (J.); HARTMANN (L.); LŒPER (J.), *pr. s. ch.* ; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHET (G.).

Pathologie médicale :
MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y); BRICAIRE (H.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGE (A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); ETIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE (Cl.); LESOBRE (R.); LÉVÈQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.); TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :
MM. LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :
MM. Boissier (J.); Lechat (P.).

Physiologie :
MM. Barres (G.); Dejours (P.), *pr. s. ch.*; Durand (J.); Girard *m. conf.*; Hugelin (A.); Scherrer (J.).

Physique médicale :
MM. Chanteur (J.); Gougerot (L.), *m. conf., pr. s. ch.*; Gremy (F.), *m. conf.*; Milhaud (G.); Pellerin (P.); Roucayrol (J.-Cl.); Tubiana (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie :
MM. Kreis (B.); Meyer (A.); Renault (P.).

Psychiatrie : M. Pichot (P.).

Psychiatrie infantile :
MM. Deniker (P.); Duche (D.); Flavigny (H.).

Rhumatologie : M. Delbarre (F.).
pr. s. ch.

Stomatologie :
MM. Cernea (P.); Mme Chaput (A.), *m. c. agr.*; M. Grellet (M.).

Thérapeutique :
MM. Chassagne (P.); Marche (J.).

Urologie :
MM. Auvert (J.); Moulonguet (A.); Quenu (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. Debeyre (J.).

Clinique chirurgicale : Verne (J.-M.).

Clinique médicale :
MM. Perrault (M.); Rambert (P.); Thieffry (S.).

Clinique obstétricale :
MM. Grasset (J.); Mayer (M.).

Clinique ophtalmologique :
MM. Desvignes (P.); Offret (G.).

Clinique pédiatrique et puériculture :
M. Laplane (R.).

Clinique psychiatrique : M. Baruk (H.).

Clinique urologique : M. Kuss (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie . . . . . M. Haudduroy (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale . . . . . M. Rudler (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . M. Lena (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle Chaintreuil (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur Hahn (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles Dumaitre (P.), Le Noir (G.), Quiévreux (E.)

Bibliothécaire . . . . . Mmes Contet (J.), Forget (F.), Mlle Laurent (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON EPOUSE, Micheline, Jeanne

que je remercie ici pour tout
le bonheur qu'elle m'a donné.

A MES FILS : François et Thomas

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE, Léon PLET, Docteur en Médecine

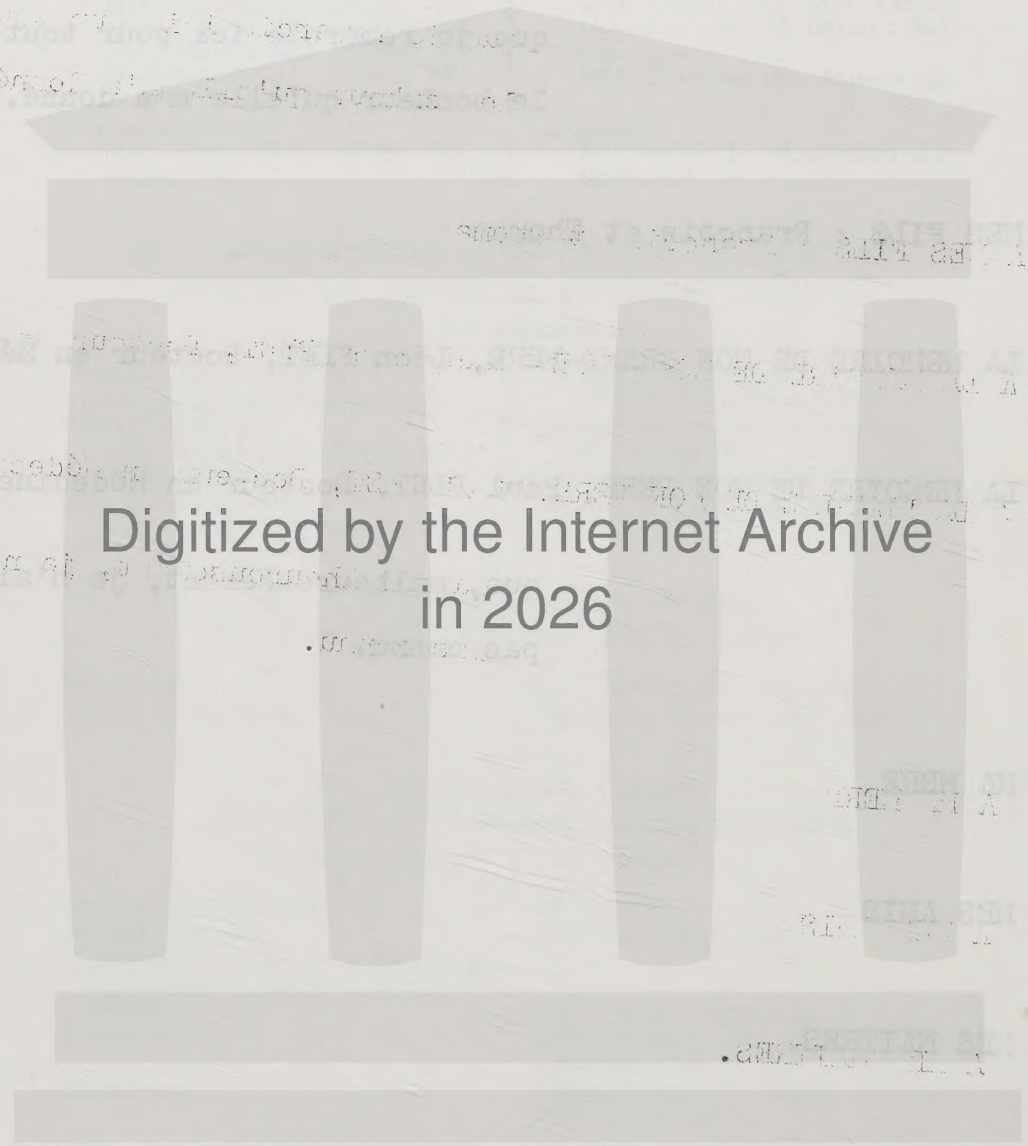
A LA MEMOIRE DE MON PERE, Paul PLET, Docteur en Médecine

que, malheureusement, je n'ai
pas connu.

A MA MERE

A MES AMIS

A MES MAITRES.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538114_0048

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JULIEN MARIE

Professeur de la Chaire de Pédiatrie Sociale

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

Hommages respectueux.

AU DOCTEUR Cl. H. DURAND

Médecin de l'Hôpital de Pontoise

En témoignage de ma profonde
gratitude pour toute l'amitié
qu'il m'a témoignée.

I - POSITION DU PROBLEME

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Les problèmes posés par les affections abdominales de l'enfant sont souvent très ardus.

Le diagnostic différentiel est également très délicat dans un nombre de cas non négligeable, même en milieu hospitalier, c'est à dire où l'on possède l'avantage d'associer à un examen clinique, fait aussi souvent que possible, des explorations complémentaires parmi lesquelles la plus importante est la radiologie (transit au lavement baryté).

Ces difficultés se sont posées dans le Service du Docteur DURAND (région de Paris) de façon impérieuse, sinon angoissante, dans au moins six cas d'entéro-colites sévères.

C'est pourquoi nous avons jugé utile de reprendre le détail de ces observations afin d'essayer d'en dégager des éléments qui seraient susceptibles d'aider le clinicien.

C'est cette raison qui a justifié ce travail et également le fait qu'au cours de notre revue de la littérature, nous nous sommes aperçus que les aspects radiologiques intestinaux de ces entéro-colites aiguës étaient très imprécis et ne permettaient pas de conclusions formelles, tant en ce qui concerne les diagnostics chirurgicaux que médicaux.

Parmi les diagnostics chirurgicaux soulevés, l'invagination intestinale vient en premier lieu, du fait de la sanction thérapeutique qu'elle entraîne. L'exploration radiologique

s'impose de façon formelle.

Le tableau clinique et les résultats de l'examen radiologique ont permis en premier lieu d'éliminer une affection chirurgicale nécessitant une intervention d'urgence.

Dans un second temps, les résultats de ces explorations radiologiques ont entraîné la discussion de nombreux diagnostics (citons la maladie de Crohn, l'iléite lymphoïde mésentérique, etc...).

Egalement, ils nous ont obligé à pratiquer de nouvelles explorations radiologiques ou endoscopiques.

L'étude que nous présentons repose sur l'analyse de ces six cas, commentés et interprétés à la lumière des données que nous avons trouvées dans la littérature.

*

* *

II - LES OBSERVATIONS CLINIQUES

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Nous allons étudier en détail les six observations cliniques en les séparant en deux groupes :

Le premier, comprenant des enfants ayant présenté un tableau clinique d'entéro-colite sévère, mais non inquiétant, accompagnée d'une hémorragie intestinale par l'anus.

Ce premier groupe comprend 4 observations.

Dans le deuxième groupe de 2 observations, on note un premier cas qui, bien que n'ayant pas présenté d'hémorragie intestinale, peut être rapproché du premier groupe par des signes communs :

1. des douleurs abdominales, violentes, persistantes
2. des signes radiologiques comparables surtout
3. la même évolution et le même devenir.

Un sixième cas nous a paru intéressant à citer dans cette étude, bien qu'il soit différent assez sensiblement des 5 autres observations.

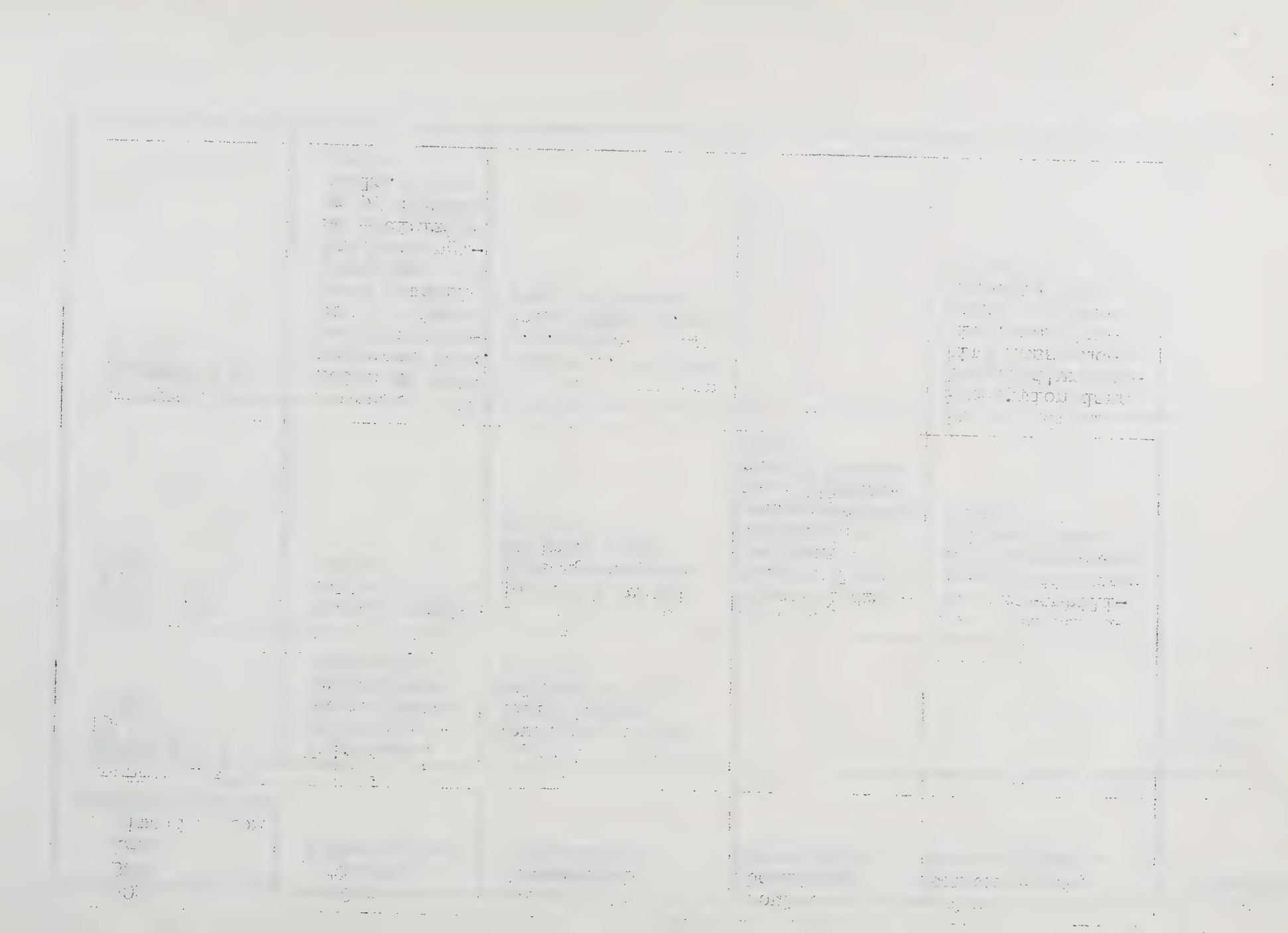
Dans cette observation, le début clinique a posé les mêmes problèmes diagnostiques et a entraîné la même sanction exploratrice, à savoir le lavement baryté.

Les images que celui-ci a données présentaient de nombreux points comparables à nos autres observations.

Par contre l'évolution clinique a été très différente et l'étiologie nettement spécifique (φ).

Nous avons établi un tableau où se trouvent résumés les différents symptômes cliniques et les explorations para-cliniques et radiologiques de ces 6 observations (Voir Tableau aux pages suivantes).

NOM Sexe Age Hospitalisation	Passé pathologique	Hémorragie intestinale	Douleurs abdominales	Défense paroi examen physique	Diarrhée
GENETAY - H 16 mois 1960	Paludisme, Maladie de Roger, Rhino-pharyngites fréquentes	+ Apparait le 3ème jour, aspect noclenique des selles	-	-	+ Candida Albicans
LECNA - H 2 ans 1/2 1959	Rien à signaler de particulier	+ Apparaît le 3ème jour, hémorragie de sang rouge + glaires	+ Thoraciques basses à droite. Dans la FID évoluent en 2 temps, cédation, puis reprise avec l'hémorragie	+ Zone douloureuse para-ombilicale droite avec défense musculaire	-
DIDELET - H 4 ans	Nombreux épisodes de rhinopharyngites en 57 : toxicose (otite purulente bilatérale) en 58 : angine + diarrhée en 59 : rougeole.	+ Domine le tableau clinique. T.R. ramène sang rouge et noir.	-	Pas de défense Perception dans la FID d'une petite masse mobile, non douloureuse (ganglion ?)	-



Fièvre	Rate	Début	Laboratoire	Radiologie
+ la Θ revient à la normale le 11ème jour	-	Diarrhée, fièvre Puis, le 3ème j. meloena avec état lipothymique, otite bilatérale	Pas d'anémie, urée 0,80 g, revient lentement à des chiffres normaux. Prélèvement gorge, coproculture : candida albicans	1ère L.B.: aspect spasmé de la dernière anse iléale 2ème L.B. : (7j. après) : aspect normal
+ clocher Θ le 3ème j accompagnant l'hémorragie intestinale	-	Brutal par douleurs thoraciques et abdominales. Défense musculaire	Pas d'anémie	1ère L.B.: état spasmodique du sigmoïde et du côlon droit. Dilatation des dernières anses iléales. 2ème L.B. : retour à la normale, encore une certaine intolérance du cocco-ascendant Transit : dilatation assez marquée de la dernière anse iléale. Rectoscopie : muqueuse oedématiée saignant facilement
-	-	par hémorragie intestinale (sang rouge + glaires)	Anémie à 3.800.000 Rectoscopie : R.A.S.	1ère L.B. : à l'entrée : dilatation généralisée de tout le gros intestin. Iléon terminal : dilaté. Aspect frangé, dentelé de la dernière anse iléale. 2ème L.B. : 10 j. après : aspect presque normal côlon et grêle. 3ème L.B. : 4 mois après : aspect normal.

NOM Sexe Age Hospitalisation	Passé pathologique	Hémorragie intestinale	Douleurs abdominales	Défense paroi examen physique	Diarrhée
CAMPILLO - H 3 semaines	Néant	+ selles noirâtres les j.précédant l'hospitalisation. T.R. ramène du sang	Abdomen souple, non douloureux à la palpation	-	+ coproculture staphy.patho. candida albicans
VINCENT	Rien de particulier relevé dans les antécédents	-	+ spontanées et provoquées par la palpation de l'abdomen. Violentes	Abdomen souple,mais douloureux -	secondaire (infection crèche) coli pathogènes. Flore banale à l'entrée
LOCHKAROF F. 11 ans hospit. en Octobre 57	R.A.A. en 1955 Coqueluche. Rougeole. Pas d'antécédents de rhinopharyngite ni d'otite		+ spontanées et provoquées, creux épigastrique, paraombilicales droites	+ Empâtement région para-ombilicale droite. Hypertonicité du muscle grand droit à droite	- ABSENTE

Fièvre	Rate	Début	Laboratoire	Radiologie
-	-	Début par anorexie, vomissements, meloena	Anémie secondaire, entrée 25/12/60 : 4.200.000 Le 10/1/61 : 3.400.000	L.B. image spasmodique au niveau du côlon gauche
+	+ Date de stase ?	Anorexie, fièvre à 39°. Acétone dans les urines Douleurs abdominales.	F.S. : normale 1ère copro : normale 2ème copro : coli pathog.	L.B. cadre colique dilaté dans son ensemble. Radio gastro-duod. transit normal.
-	-	Douleurs abdominales, myalgies M.I. Ni fièvre, ni tr. digestifs. Méningiome	Oct. 1957, cuti - Mars 1958 " + Appendicectomie en Février 1958. Ana. Path. ganglion mésent.	1er L.B. : aspect irrégulier et spasmé de la dernière anse iléale. Arrêt brusque de la baryte à ce niveau. Douleur provoquée à ce niveau. 2ème L.B. : (18j. après) même arrêt baryte, même douleur à ce niveau. (*) Transit :(5j. après 2ème L.B.) dernière anse iléale étirée, muqueuse mal imprégnée (*) dernière anse iléale est large aspect irrégulier.

GEN.... François, 16 mois

Hospitalisé du 6 au 30 Janvier 1960.

Antécédents :

Rhinopharyngites fréquentes.

Maladie de Roger (souffle systolique intense, irradié en rayons de roue).

Paludisme ? à l'âge de 4 mois - mésocardiaque.

On souleva ce diagnostic lors d'un épisode fébrile prolongé avec catarrhe intestinal et meloena, en séjour colonial.

Pas de mise en évidence biologique du plasmodium.

Histoire de la maladie :

Début le 4 Janvier 1960 par :

- élévation thermique à 39°
- diarrhée : selles liquides, fétides, fréquentes
- enfant anorexique, non vomisseur, abattu, non déshydraté.

Le 5 Janvier : la diarrhée et la fièvre persistent. A 16 heures, il fait un malaise brutal : pâleur subite, révulsion des yeux, état lipothymique.

Le Docteur C... appelé par les parents découvre

une otite bilatérale.

Une paracentèse bilatérale est pratiquée par un spécialiste O.R.L.

L'enfant reçoit par voie générale :

gélopectose,

hexacycline (sirop)

Le 6 Janvier : enfant somnolent, grognon, assoiffé; état général relativement satisfaisant. Température (le matin) 39°6. Pas de douleurs abdominales. Selles liquides, fétides.

L'après-midi, il émet des selles liquides noirâtres, avec quelques petits filets sanglants.

Le Docteur C... de nouveau appelé constate l'aspect méléenique des selles et conseille l'hospitalisation.

A l'entrée :

Enfant dont l'état général est relativement satisfaisant.

L'abdomen est souple, non douloureux à la palpation. On ne note pas de douleur provoquée

ni dans la F.I.D.

ni péri-ombilicales.

L'examen O.R.L. :

On aperçoit seulement les deux orifices de la paracentèse.

Examen gorge : aspect de pharyngite granuleuse.

Le toucher rectal ne ramène pas de sang.

Une selle émise lors de l'examen ne présente pas un aspect méléenique franc; on note cependant l'existence de quelques filaments sanglants.

L'hémogramme, demandé d'urgence, est normal :

G.R. : 4.400.000

G.B. : 7.700

L'ionogramme également, mais urée sang 0,80 g.

Pour éliminer une affection chirurgicale, on demande

un lavement baryté d'urgence :

La dernière anse iléale est injectée, la baryte ayant franchi facilement et rapidement la valvule de Bauhin.

Cette dernière anse iléale est violemment spaslée sur une longueur de 10 cm environ.

Par contre, l'image colique est normale.

Devant ce tableau clinique, on discute :

- une invagination intestinale, diagnostic rejeté par le lavement baryté et le T.R.
- une perforation d'un diverticule de Mickel, mais de nombreux arguments sont contre :
  . pas de douleurs abdominales spontanées,
  . état fébrile,
  . diarrhée.
- un polype solitaire du rectum, associé à une entéro-colique banale.

On évoque une entéro-colique sévère, accompagnée d'hémorragie intestinale, diagnostic confirmé par l'évolution.

La coproculture et le prélèvement de gorge pratiqués le lendemain de l'hospitalisation mettent en évidence du Candida Albicans.

L'évolution clinique, sous l'effet du traitement mis en oeuvre :

Pénicilline 500.000

Ganidan, Néomycine,

Gardénal per os

est favorable.

La diarrhée disparaît en 5 jours.

La courbe thermique revient progressivement à la normale, aux alentours de 39° le matin et de 40° le soir les deux premiers jours, puis état subfébrile jusqu'au 10ème jour. (38°)

L'état général s'améliore rapidement; l'appétit revient normal.

L'urée sanguine baisse progressivement : le 11/1 = 0,25 g.

Le 12 Janvier, on pratique un deuxième lavement baryté :

Le cadre colique s'injecte normalement. La valvule de Bauhin se laisse franchir et la dernière anse iléale s'opacifiait normalement et ne montrait plus d'aspect spasmé, ni d'oedème de la muqueuse.

Une rectoscopie, faite pour éliminer une lésion recto-sigmoïdienne, montrait une muqueuse saine; pas de polype visible.

Le 24 Janvier, l'enfant présentait une nouvelle poussée d'entéro-colite, sans hémorragie intestinale. La coproculture mettait en évidence du staphylocoque pathogène et du proteus.

Très rapidement, tout rentrait dans l'ordre et l'enfant sortait le 30 du Service en très bon état. Cette poussée d'entéro-colite pouvait être rattachée certainement à une contamination de crèche.

Depuis, cet enfant s'est développé normalement, n'a plus présenté aucune hémorragie intestinale, ni d'entéro-colite sévère.

-:-:-:-

LE... Louis, 2 ans ½

Hospitalisé du 17 Septembre au 10 Octobre 1959.

Début brutal le 17 Septembre, alors que l'enfant jouait et avait un comportement normal, par :

des douleurs thoraciques basses à droite

exacerbées par tout contacts et toute mobilisation.

Les parents ne notaient ni toux, ni dyspnée, ni fièvre.

Pas de vomissements, ni de diarrhée.

A l'entrée :

le soir du 17, la douleur spontanée avait disparu; l'enfant avait un bon état général, était apyrétique.

A l'examen physique, on notait :

1/ du point de vue thoracique :

. sonorité normale,

. respiration également normale,

. à la scopie : la transparence des deux champs pulmonaires est normale; les mouvements du diaphragme s'effectuaient d'une manière satisfaisante.

2/ du point de vue abdominal :

L'abdomen respirait bien, était dépressible, souple, sauf à droite dans la fosse iliaque dont l'enfant craint l'approche.

La palpation douce arrive à déprimer la paroi, mais, à la palpation profonde on réveille une douleur manifeste et on sent la paroi se contracter sous les doigts.

Le reste de l'examen était négatif, notamment on ne notait ni diarrhée, ni vomissements.

Le 19 Septembre, alors que l'enfant allait bien, la douleur abdominale reprend, accompagnée d'une hémorragie intestinale de sang rouge mêlé à des glaires.

Clocher thermique à 39°.

A l'examen physique de l'abdomen, on note l'existence d'une zone douloureuse para-ombilicale droite où la palpation réveille une défense.

On évoque la possibilité d'une perforation d'un diverticule de Meckel et on demande un lavement baryté d'urgence.

Lavement baryté du 19 Septembre :

Il met en évidence un état spasmodique du côlon sigmoïde et du côlon ascendant, aspect rigide, persistant, avec perte des haustrations normale, et une diminution du calibre intestinal.

Cet aspect cède en partie seulement après évacuation.

L'index baryté franchit la valvule de Bauhin et on note une dilatation des dernières anses iléales.

Cliniquement, l'hémorragie cède rapidement. Elle n'a pas entraîné d'anémie. Bon état de l'enfant.

3 jours après, on pratique un deuxième lavement baryté (22 Septembre).

Celui-ci est strictement normal, l'aspect spasmodique du sigmoïde et du côlon gauche a disparu. Il y a encore une certaine intolérance du coeco-ascendant.

Une rectoscopie faite 10 jours après l'hémorragie montre une muqueuse saignant facilement, un léger oedème de la muqueuse.

Pas de lésion organique (notamment pas de polype visible).

Un transit gastro-intestinal est demandé le 28 :

Pas de déformation gastrique.

Transit duodéno-jéjunal normal.

3 heures après l'ingestion, les dernières anses iléales sont dilatées, massées dans la F.I.D.

Durant son hospitalisation, l'enfant a reçu comme traitement :

Néomycine, Ganidan, lavements huileux à la vitamine A.

Il sort le 10 Octobre, en bon état, les douleurs abdominales ont disparu. L'hémorragie intestinale ne s'est jamais reproduite.

En Novembre 1960, l'enfant est de nouveau hospitalisé dans le Service pour une primo-infection.

Durant le laps de temps, séparant les deux hospitalisations, il n'a présenté aucun trouble digestif type entéro-colite, ni de nouvelle hémorragie intestinale.

-:-:-:-

DID... Gabriel, 4 ans

Hospitalisé du 26 Septembre au 19 Octobre 1960.

Antécédents :

On relève dans ses antécédents de nombreux épisodes de rhinopharyngites et d'angines. Hospitalisé en 1957 pour toxicose dont l'étiologie était une otite purulente bilatérale. Hospitalisé en 1958 pour angine avec syndrome diarrhéique. Hospitalisé en 1959 pour rougeole.

Histoire de la maladie :

Rien à signaler les jours précédents.

Le 26 Septembre, va à l'école le matin, une selle normale. A 13 heures : réclame pour aller à la selle, faite de sang rouge avec présence de glaires.

L'enfant est apyrétique, ne présente aucune douleur abdominale.

A son entrée : l'enfant est pâle, au teint cireux, les muqueuses légèrement décolorées. Pas de signes méningés. Rien à signaler dans la sphère pulmonaire.

Pas de purpura . Anémie à 3.800.000, leucocytes normaux.

Gorge : grosses amygdales infectées.

Abdomen : souple, indolore à la palpation. F.I.D. normale, non gargouillante.

On ne perçoit pas de boudin d'invagination. Le T.R. : ampoule rectale vide.

Le doigt ramène un mélange de sang noir et rouge.

On demande un lavement baryté d'urgence : progression normale de l'index baryté, ce qui élimine une invagination coeco-coecale et iléo-coecale.

On note une dilatation généralisée de tout le gros intestin. La valvule de Bauhin est franchie facilement. Les dernières anses iléales sont dilatées. On note un aspect frangé, dentelé, du coecum et de l'iléon terminal.

L'évolution est favorable. L'hémorragie intestinale cède rapidement et ne se reproduit plus. L'émission des glaires cesse aussi très vite. L'enfant reste apyrétique.

Les jours suivants, on perçoit dans la F.I.D. une petite masse mobile, non douloureuse, qui pourrait être un ganglion. On discute une adénite mésentérique.

On pratique une rectosigmoïdoscopie (6 Octobre) : Progression du tube jusqu'à 18 cm; muqueuse strictement saine et normale. Pas de polype visible.

Un deuxième lavement baryté est fait le 7 Octobre :

Sigmoïde de type long. Coeco ascendant large. Fond coecal au niveau de la crête iliaque. Les anses iléales sont d'aspect flou, leur segmentation n'apparaît nettement que sur le cliché d'évacuation.

On est frappé, en comparant ce deuxième examen radiologique avec le lavement baryté du 26 Septembre, par l'aspect pratiquement normal du calibre et de la morphologie du côlon et de l'iléon terminal sur ce deuxième lavement baryté par rapport au premier.

L'aspect irrégulier et dentelé de l'iléon terminal et du coecum a disparu.

Au cours de ce deuxième examen, le calibre et la morphologie du côlon sont normaux. L'énorme dilatation du côlon et de l'iléon, constatée lors du premier lavement baryté a disparu.

L'enfant sort le 19 Octobre, en bon état.

Le 15 Mars 1961, on pratique un lavement baryté de contrôle, qui montre un aspect normal du côlon et du grêle terminal.

Entre temps, l'enfant n'avait présenté aucun trouble intestinal, ni de nouvelle hémorragie. Sa N.F.S. était strictement normale.

-:-:-:-

CAM... Eril, 3 semaines

Hospitalisé du 25 Décembre 1960 au 11 Janvier 1961.

Antécédents :

Grossesse et accouchements normaux. La mère n'a reçu aucun traitement anticoagulant durant sa grossesse.

Histoire de la maladie :

Depuis le 24 Décembre, l'enfant refuse ses biberons, vomit une partie de ceux-ci. Par contre, on note : ni diarrhée, ni fièvre.

L'abdomen est souple, non douloureux à la palpation. La mère a noté la présence de sang dans les selles les deux jours précédents (selles noirâtres, avec des filaments sanglants rouge foncé).

Le médecin traitant appelé pratique un toucher rectal qui ramène du sang (T.R. pratiqué avec toute la douceur requise) et décide l'hospitalisation.

A son entrée : l'enfant paraît en bon état, non déshydraté, non toxique.

Abdomen souple; on ne sent pas de boudin d'invagination.

T.R. : ramène un peu de sang rouge foncé.

Gorge : muguet important.

Les jours suivants, les selles ne sont pas diarrhéiques, mais enrobées de sang rouge.

L'hémogramme fait le 26 Décembre ne montre pas d'anémie (4.200.000 G.R.). Taux des plaquettes normal.

Le 28 Décembre : arrêt du sang, selles normales.

Pas de fièvre. Coproculture : Présence de staphylocoques pathogènes, Candida Albicans.

Devant cette hémorragie intestinale, on pratique un lavement baryté : on note une image spasmodique du côlon gauche. Par ailleurs, le reste du côlon s'opacifie normalement. Pas d'image d'invagination.

Comme traitement, l'enfant a reçu :

Mycostatine,

Pénicilline.

L'évolution est très favorable; l'hémorragie ne se reproduit plus.

On n'a pu malheureusement pratiquer un deuxième lavement baryté.

-:-:-:-

VI... Philippe, 3 ans.

Hospitalisé du 14 Mai au 27 Mai 1960.

Les jours précédant son hospitalisation, l'enfant est abattu, somnolent, anorexique, fébrile (température aux alentours de 39°) se plaint de son ventre.

Par contre, on ne constate ni vomissements, ni diarrhée.

A son entrée, l'enfant est très somnolent. On découvre la présence d'acétone dans les urines en quantité importante.

L'abdomen est souple, mais sa palpation entraine des gémissements de la part de l'enfant. On note une rate percutable et palpable.

E.E.G. : tracé normal. Pas de taches rosées.

Les jours suivants, l'enfant reprend une conscience normale. L'acétone a rapidement disparu. Mais il continue à se plaindre de violentes douleurs abdominales. L'abdomen reste souple, douloureux dans son ensemble.

On retrouve la splénomégalie.

Etat fébrile à 38°.

Les selles sont molles, plus ou moins liquides, fétides, avec présence de glaires.

Pas de sang dans les selles, ni lors du toucher rectal.

Devant la persistance et l'importance des douleurs abdominales, on demande un lavement baryté.

Celui-ci montre un cadre colique dilaté dans son ensemble de façon importante. Le collapsus ne fait pas disparaître cet aspect. Le trajet des côlons droit et gauche semble décrire des boucles anormales. Le transverse est ptosé.

S'agit-il d'une malformation congénitale, qui pourrait être la cause :

1) de la crise douloureuse abdominale actuelle,

2) de la splénonégalie (rate de stase) ?

De toute façon, la citose est secondaire.

Coproculture : présence de coli pathogènes 86 B7 127 B8.

L'évolution ultérieure de cette entéro-colite est très favorable.

Mais on note la persistance de la splénonégalie.

L'enfant sort le 27 Mai, les parents ayant signé la feuille de sortie.

Malheureusement, comme nous l'aurions voulu, nous n'avons pu pratiquer chez cet enfant un lavement baryté de contrôle, 6 mois après.

Une radio gastrique a été faite le 19 Mai : on ne note aucune malformation gastrique. Le transit était normal.

-:-:-:-

LOC... H., 11 ans

Hospitalisée du 26.10.57 au 29.11.57

et du 6.3.58 au 5.4.58

Antécédents :

Pas d'antécédents de rhinopharyngite, ni d'otite. Episode de R.A.A. en 1955. Coqueluche en 1951. Rougeole.

Début de la naladie : le 23 Octobre.

Brutalement, par des douleurs abdominales en barre, prédominant au niveau du creux épigastrique, sourdes, mais continues.

des myalgies, au niveau des membres inférieurs,

apyrexie.

Pas de troubles digestifs.

Une V.S., une F.N.S. et un dosage des antistreptolycines sont demandés en ville. Tous ces examens sont normaux.

Les myalgies disparaissent, mais devant la persistance des douleurs abdominales, le médecin traitant conseille l'hospitalisation.

A l'entrée dans le service, on constate :

1/ un syndrome méningé. La P.L. pratiquée sur le champ est normale.

2/ l'abdomen est souple, mais douloureux dans la région épigastrique et dans la région para-ombilicale droite.

La palpation du côlon sigmoïde et descendant est douloureuse.

La F.I.D. est souple, non douloureuse. Pas de contracture.

On note un certain empâtement para-ombilical et un certain degré d'hypertonicité du muscle grand droit du côté droit.

3/ Il existe quelques vomissements bilieux.

Pas de diarrhée, ni de constipation. Apyrexie. Scopie pulmonaire : I.T.N. Mobilité des deux coupoles diaphragmatiques normales.

Les jours suivants, les douleurs abdominales et les signes physiques abdominaux persistent et motivent un lavement baryté.

On élimine :

- une poliomyélite, 2 P.L. normales.
- une R.A.A. à forme abdominale - E.C.G., électrophorèse, antistreptolysines, F.N.S. sont normaux. Auscultation cardiaque : pas de souffle audible.
- un hématome des grands droits.
- diverticulite ou perforation d'un Meckel : ni contracture, ni fièvre, ni meloena.
- une leptospirose : urée 0,20, urines normales, apyrexie, pas d'ictère.
- adénite mésentérique : apyrexie.
- pancréatite.

Le lavement baryté (31 Octobre) montre :

L'index baryté opacifie normalement le cadre colique, le coecum et franchut facilement la valvule iléo-coecale.

La dernière anse iléale s'injecte, mais on note un aspect irrégulier et spasmé de cette anse.

Arrêt brusque de la baryte à ce niveau et la palpation profonde réveille une douleur à cet endroit.

Les jours suivants, progressivement, les douleurs abdominales disparaissent, l'apyrexie demeure, l'état général de l'enfant est toujours bon. Pas de troubles du transit constatés.

Malgré tout, on constate toujours un certain degré d'hypertonicité du muscle grand droit à droite et un certain empâtement de la région para-ombilicale droite. La palpation profonde de cette région réveille une douleur sourde.

Le 18 Novembre, on pratique un nouveau lavement baryté, dont voici le compte-rendu :

Cadre colique morphologiquement normal.

Bon remplissage du coecum; la valvule iléo-coecale est aisément franchie et la dernière anse iléale s'injecte sur une dizaine de centimètres; son calibre est large et ses contours irréguliers.

La progression est stoppée à ce niveau et l'augmentation de la pression ne permet pas de franchir cette zone.

A la palpation, la douleur se situe nettement sur l'aire iléale au niveau de l'arrêt de la baryte. Cette douleur est vive et localisée, absolument indépendante du coecum et de la région de la valvule iléo-coecale.

Pas d'opacification de l'appendice.

Après évacuation, la muqueuse reste imprégnée au niveau de cette zone.

La zone d'arrêt de l'index baryté qui se superpose exactement à la zone douloureuse à la palpation peut correspondre à la zone d'implantation d'un diverticule de Meckel.

Le 23 Novembre, on complète par un transit intestinal l'étude de la dernière anse iléale :

Léger retard du transit du grêle; la dernière anse iléale n'est bien opacifiée qu'à la 6ème heure. Elle est étirée et la muqueuse est mal imprégnée.

La douleur, beaucoup moins vive qu'au cours de l'examen précédent par lavement baryté, est retrouvée très localisée, à la palpation profonde, sur la zone de la dernière anse iléale.

Les clichés, 8 heures après, ne montrent pas d'opacification de l'appendice, ni d'un éventuel diverticule de Meckel.

On peut penser également à une iléite segmentaire dont la poussée inflammatoire serait actuellement en régression.

Mais, contre ce diagnostic, lors des trois examens radiologiques, on n'a jamais constaté d'images de follicules lymphoïdes hypertrophiés (aspect en pierre meulière ...).

Il existe incontestablement une image radiologique anormale au niveau de la dernière anse iléale, image correspondant à une zone douloureuse lors de la palpation profonde effectuée sous scopie.

Quelle est l'étiologie de cette zone suspecte, responsable des douleurs abdominales ressenties par l'enfant ?

La question est posée.

L'enfant sort du Service le 28 Novembre, en excellent état, ne présentant plus aucun trouble.

Il est de nouveau hospitalisé en Mars 1958.

Entre Novembre 1957 et Mars 1958, il a présenté à deux reprises des crises douloureuses abdominales de courte durée et, par prudence, on décide une appendicectomie pratiquée début mars 1958. Virage de cuti entre temps.

L'étude anatomo-pathologique de la pièce opératoire montre une réaction inflammatoire subaiguë chronique de l'appendice. La muqueuse est hyperplasique et les follicules lymphoïdes, pourvus de volumineux centres germinatifs, sont environnés d'infiltrats inflammatoires lympho-plasmocytaires.

On observe également une discrète réaction inflammatoire dépourvue de caractères spécifiques au voisinage du méso.

Le ganglion mésentérique prélevé est un ganglion tuberculeux presque entièrement occupé par une large plaque de nécrose caséeuse, sertie d'une mince coque scléreuse.

Quelques formations caséo-folliculaires sont également observées dans la corticale de ce ganglion (Pr. DELARUE).

V.S. normale.

Radio pulmonaire : I.T.N.

Bon état général.

Depuis, les crises douloureuses abdominales ne se sont plus reproduites.

*

* *

III - COMMENTAIRES

-:-:-:-:-:-:-

§ I - LES FAITS

Dans ces six observations, l'on s'est trouvé placé devant un problème d'urgence, non tant par l'état général de l'enfant qui dans l'ensemble était relativement satisfaisant que par les problèmes diagnostiques qu'il posait : affection chirurgicale dont la sanction était une intervention rapide ou affection médicale qui permettait l'expectative.

Ceci dans un premier temps. Dans un deuxième temps, les diverses explorations para-cliniques et radiologiques ont montré que nous avions eu raison de procéder ainsi.

L'état général des enfants était relativement satisfaisant dans l'ensemble. Jamais nous n'avons eu à pratiquer une dénudation ou une perfusion I.V.

L'hémorragie n'a entraîné que dans deux cas une anémie marquée, mais non inquiétante.

Dans trois cas, les signes cliniques d'entéro-colite ont été présents : diarrhée, émission par l'anus de glaires, de mucus et surtout de sang, mais dans aucun cas nous n'avons noté de syndrome dysentérique.

La fièvre n'a été présente que 3 fois sur les 6 cas.

Le laboratoire ne nous a pratiquement rien apporté.

Par contre, trois faits ont dominé :

1. l'existence de douleurs abdominales, très violentes, présentes 3 fois sur 6;
2. l'existence d'une hémorragie intestinale, présente 4 fois sur les 6 observations;
3. la constatation d'aspects radiologiques anormaux, constants, portant soit sur le côlon, soit sur le grêle, soit sur ces deux appareils.
   Images transitoires dans 5 cas sur 6.

§ 2 - LEUR INTERPRETATION

Ces trois derniers éléments présentent des caractères particuliers qui méritent d'être analysés.

a/ Les douleurs abdominales

siègeant en règle dans la région para-ombilicale droite, ou dans la F.I.D.

Leur intensité : violentes - leurs caractères, lorsqu'elles existent, diffèrent des douleurs abdominales banales de l'entéro-colite commune et c'est cette intensité qui a motivé le lavement baryté d'urgence dans les deux cas où l'hémorragie était absente.

Elles n'ont jamais été accompagnées de vomissements ni d'hématémèse (sauf dans une observation, mais dans celle-ci, ils étaient fort peu importants et sont bien banaux lors d'une gastro-entérite commune).

§ 3 - QUELLE EST LA PLACE NOSOLOGIQUE DE CES SYNDROMES

Il s'agit d'infections intéressant à la fois le grêle et le côlon, si l'on considère l'ensemble de la maladie, les caractères cliniques, l'aspect des selles, les examens radiologiques.

C'est pourquoi nous les rangeons dans le groupe des entéro-colites.

Nous pensons devoir les différencier de la recto-colite ulcéro-hémorragique :

- d'une part, par l'absence d'ulcérations,
- d'autre part, leur évolution aiguë, et évoluant vers une guérison totale relativement rapide, la durée d'hospitalisation de ces enfants a été en moyenne d'un mois, sous couvert d'une thérapeutique très simple.

Enfin, aucun cas n'a récidivé au moins deux ans après (recul maximum 4 ans).

Ce dernier caractère nous permet également de les distinguer de la maladie de Crohn, diagnostic qui pouvait être évoqué dans certaines de ces observations.

En ce qui concerne l'étiologie, nous n'avons trouvé aucune maladie infectieuse spécifique (mise à part la dernière observation, enfant LOCH..., où une ♀ iléo-coccale a été mise en évidence, mais c'est volontairement que nous avons rapproché cette observation des 5 autres, car elle avait les mêmes aspects radiologiques).

Aucune erreur de régime dans les jours précédant l'hospitalisation.

Aucune intoxication médicamenteuse ou autre.

Enfin, les coprocultures qui ont été faites chez tous les enfants n'ont rien montré de particulièrement notable, hormis une flore banale. Cependant, nous avons relevé :

- dans un cas, la présence de staphylocoque pathogène;
- dans deux cas, la présence de candida albicans.

Nous ne pensons pas que ces faits, que nous sommes habitués à rencontrer souvent chez des enfants normaux ou qui sont hospitalisés pour une affection non intestinale, puissent avoir une valeur étiologique certaine.

Un argument supplémentaire peut être apporté par le fait que les observations dans lesquelles nous avons trouvé ces germes ne sont pas, et il s'en faut, considérés comme étant les plus graves.

En ce qui concerne les examens bactériologiques, nous devons signaler enfin que, outre ces données de la coproculture qui ont été trouvées à l'entrée, nous avons eu l'occasion au cours des coprocultures systématiques poursuivies lors de l'hospitalisation, de voir se modifier la flore intestinale de façon très variée, sans que l'évolution clinique en soit modifiée pour autant.

En dehors de cette discussion bactériologique, il faut se demander si nos jeunes malades, tout au moins ceux qui ont présenté des hémorragies, étaient susceptibles d'entrer dans le tableau des causes classiques d'hémorragies intestinales relevant

d'autres étiologies. Nous étudierons ces causes dans le paragraphe suivant.

En conclusion, nous pensons qu'il s'agit d'entéro-colites aiguës sérieuses, puisque capables d'entraîner des hémorragies intestinales et souvent des douleurs abdominales violentes.

Ces faits ne constituent peut-être pas une maladie autonome reposant sur une étiologie commune, mais nous pensons qu'il s'agit là d'un syndrome bien spécial, car il existe indubitablement "un air de famille" entre eux.

RAPPEL DES PRINCIPALES CAUSES D'EMISSIONS SANGLANTES PAR L'ANUS CHEZ L'ENFANT

Indications chirurgicales d'urgence.

1/ L'invagination intestinale

La perforation d'un ulcère du diverticule de Meckel, doivent être éliminées d'emblée, car elles demandent une sanction chirurgicale rapide. Elles justifient le lavement baryté au moindre doute, voire une intervention exploratrice.

2/ Les hémorragies digestives hautes, traduites seulement par un meloena, sans hématémèse, ce qui est rare :

ulcère de l'estomac et du duodénum,
hernies diaphragmatiques,
hypertrophie du pylore,

En général, elles se traduisent par des hématémèses et il existe des vomissements.

3/ En dehors de ces deux groupes, on peut discuter :

- un polype solitaire du rectum, d'où l'intérêt du T.R. et de la recto-sigmoïdoscopie, également du lavement baryté.
- un polype du sigmoïde.
- une angiomatose intestinale.
- une entéro-colite dysentériforme.

4/ Les hémorragies gastro-duodénales survenant en dehors des affections du tube digestif :

- Leucoses.
- Hémophilie, hémogénie.
- Lors de certaines carences vitaminiques (C - P - B6).
- Lors de certains ictères (infectieux ou viraux, ou par obstruction des voies biliaires).
- Dans certains syndromes infectieux (la fièvre typhoïde en particulier).
- Au cours des syndromes toxiques, où ils acquièrent une signification pronostique fâcheuse, qu'il s'agisse de vomissements négro ou de meloena.

5/ Dans le cas particulier du nouveau-né, on se doit de discuter :

- La maladie hémorragique du nouveau-né.
- Si ces hémorragies sont accompagnées d'ictère, soit une incompatibilité foeto-maternelle, soit une infection :
  - syphilis,
  - ictères infectieux, par infection intestinale ou ombilicale.

6/ Certaines hémorragies intestinales ne livrent pas leur secret, mais l'on se doit de mettre tout en oeuvre pour découvrir leur étiologie.

Parfois même, il s'agit d'appendicite dont le tableau clinique est peu typique et laisse hésitant.

Il peut s'agir d'entérorragies rouges solitaires où l'hémorragie domine le tableau clinique (décrites par CAIN et OLLIVIER sous le nom d'"entérorragies rouges solitaires chez les sujets jeunes", et c'est à cette occasion que l'on invoque de nombreux diagnostics médicaux ou chirurgicaux.)

En règle, ces entérorragies rouges solitaires sont liées à des perturbations vaso-motrices.

*

* *

IV - NECESSITE DE FAIRE UNE RADIOGRAPHIE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

La nécessité de pratiquer une radiographie, lavement baryté en l'occurence, s'est imposée en urgence devant l'émission de sang par l'anus.

Le problème était d'éliminer avant tout une affection chirurgicale grave, notamment une invagination intestinale.

Dans les deux cas où l'hémorragie intestinale était absente, ce sont l'intensité et la persistance des douleurs abdominales, les signes physiques abdominaux et les troubles du transit, qui nous ont conduit à pratiquer un lavement baryté. Dans ces deux cas, il n'a pas été demandé alors en urgence, mais malgré tout rapidement.

Les images anormales observées, l'évolution clinique favorable dans l'ensemble, nous ont conduit à demander un nouvel examen radiologique et même, dans certains cas, un troisième, par voie haute alors.

En effet, devant ces images radiologiques anormales, devant un tableau clinique dont l'évolution semblait favorable, de nombreux diagnostics ont alors été soulevés et le problème du devenir de ces malades était posé.

Nous avons notamment discuté une maladie de Crohn, une iléite lymphoïde mésentérique.

C'est pourquoi nous avons tout mis en oeuvre pour tenter d'élucider ce problème.

C'est à cette occasion que nous nous sommes posé cette question : a-t-on le droit de faire un lavement baryté chez un enfant présentant une hémorragie intestinale ?

Nous pensons qu'il est maintenant résolu par l'affirmative, à condition toutefois que cette exploration radiologique soit effectuée à proximité du bloc opératoire et par un radiologiste averti, non seulement de sa discipline, mais aussi des questions de gastro-entérologie.

Nous ne sommes pas les seuls à avoir pris ce risque et c'est à la suite de l'enquête que nous avons faite auprès de nos confrères chirurgiens, radiologues et gastro-entérologues que nous avons accepté ce risque.

Nous n'avons eu aucun accident, ni incident, et par contre, c'est bien parce que nous avons fait ces radios à un stade très précoce que nous avons pu constater les aspects que nous décrivons plus loin, car, notons-le tout de suite, ces aspects sont éphémères.

Enfin, nous nous devons d'ajouter que le lavement baryté doit être fait avec le minimum de pression et que celle-ci doit être dosée en tenant compte de l'état de l'enfant et des images que l'on voit se dérouler sous écran.

La technique du transit intestinal est très délicate si l'on veut obtenir des images radiologiques de l'iléon terminal valables et particulièrement nettes. M. CHERIGIE a, dans un récent article, très bien posé et résolu ce problème technique délicat.

*

* *

V - COMMENTAIRES DES ASPECTS RADIOLOGIQUES

-:-

§ 1 - CE QUE NOUS AVONS CONSTATE

ANALYSE DE TOUS LES CLICHES

Enfant GEN... François, 16 mois. Rappel clinique : début par diarrhée, état fébrile, puis le 3ème jour : état lipothymique et meloena. Examen O.R.L. : otite bilatérale.

1er lavement baryté d'urgence (6 Janvier 1960)

Le cadre colique se laisse opacifier facilement. L'index baryté progresse rapidement et l'on ne note aucune image anormale ni spasmodique ni d'hypotonie.

La valvule iléo-coecale est franchie facilement. On constate que la dernière anse iléale est violemment spasmée sur une longueur de 10 cm environ (Il ne s'agissait pas d'un appendice injecté). Image visible sur tous les clichés. Cette image est homogène; il n'existe pas d'aspect en "pierre meulière" des iléites lymphoïdes terminales.

2ème lavement baryté (12 Janvier)

Progression rapide du lavement opaque, pas de spasme sur le sigmoïde. Bonne opacification des transverse et coecoascendant. Passage immédiat dans la dernière anse iléale. L'abouchement iléo-coecal est très vu. L'aspect spasmé de la dernière anse iléale a disparu. Le calibre des anses iléales est normal.

Enfant LE... Louis, 2 ans ½.

Rappel clinique :

Début par douleurs thoraciques basses et abdominales, accompagnées d'une défense para-ombilicale droite et dans la F.I.D. Puis cédation des douleurs; deux jours après, reprise des douleurs abdominales; clocher thermique à 39°. Hémorragie intestinale de sang rouge mêlé à des glaires.

1er lavement baryté (19 Septembre 1959)

met en évidence un état spasmodique du sigmoïde et du côlon ascendant.

La valvule de Bauhin est franchie facilement et on note une dilatation de la dernière anse iléale. Pas d'image en "pierre meulière". Celles-ci sont bien opacifiées, homogènes.

2ème lavement baryté (22 Septembre)

L'état spasmodique du côlon sigmoïde a disparu. On constate encore une certaine intolérance du cœco-ascendant.

Transit intestinal (3 Octobre) :

- pas de déformation gastrique,
- transit duodéno-jéjunal normal,
- 3 heures après l'ingestion, les dernières anses iléales sont dilatées (même aspect que lors des examens précédents) et massées dans la F.I.D.

Enfant DI..., 4 ans.

Rappel clinique : début par entérorragie de sang rouge mélangée à des glaires. Pas de douleurs abdominales. T.R. : ramène un mélange de sang rouge et noir.

1er lavement baryté (26 Septembre 1960)

Progression normale de l'index baryté. On note une dilatation généralisée de tout le gros intestin. Le collapsus donne le même aspect de dilatation. Les dernières anses iléales sont également dilatées. On constate un aspect frangé, dentelé du coecum et de l'iléon terminal.

2ème lavement baryté (7 Octobre)

Signoïde de type long, coeco-ascendant un peu large, fond coecal au niveau de la crête iliaque. Les anses iléales sont d'aspect flou, leur segmentation n'apparait nettement que sur le cliché d'évacuation.

Par rapport au lavement baryté du 26 Septembre, le deuxième examen radiologique montre la régression presque complète de la dilatation généralisée du gros intestin et de l'iléon terminal observé. Le calibre du côlon est sensiblement normal. L'aspect irrégulier et dentelé de l'iléon terminal et du coecum a également disparu.

3ème lavement baryté de contrôle (15 Mars 1961)

montre un aspect normal du côlon et du grêle terminal, du point de vue morphologie et du calibre.

Enfant CAM... Eric, 3 semaines

Rappel clinique : début par anorexie, vomissements, meloena et diarrhée.

Lavement baryté :

Côlon sigmoïde un peu dilaté. Surtout, on voit une image spasmodique importante, persistante au niveau du côlon gauche.

Le reste du côlon s'opacifie normalement et sa morphologie et son calibre sont normaux. On élimine ainsi une invagination.

Enfant VI... Philippe, 3 ans

Rappel clinique : début par anorexie, fièvre à 39°; douleurs abdominales; acétone dans les urines, diarrhée. Splénomégalie.

Pas d'hémorragie intestinale. Pas d'antécédents.

Lavement baryté (15 Mai).

Il montre un cadre colique dilaté dans son ensemble de façon importante.

Le collapsus ne fait pas disparaître cet aspect. Le transverse est ptosé.

Les côlons gauche et droit semblent décrire des boucles anormales.

S'agit-il d'une malformation congénitale ?

Transit intestinal au 19 Mai :

. aspect normal,

. pas de retard du transit.

Enfant LOCH..., 11 ans

Rappel clinique : par des douleurs abdominales, myalgies, syndrome méningé; ni fièvre, ni troubles digestifs; empâtement de la région para-ombilicale droite. Pas d'hémorragie digestive.

1er lavement baryté (31 Octobre) :

L'index baryté opacifie normalement le cadre colique et le coecum. Il franchit facilement la valvule iléo-coecale.

La dernière anse iléale s'injecte, mais on note un aspect irrégulier de ses contours et un aspect spasmé de cette anse.

Arrêt brusque de la baryte à ce niveau, et la palpation profonde réveille une douleur vive à ce niveau.

2ème lavement baryté (18 Décembre) (10 j. après) :

Cadre colique morphologiquement normal.

Bon remplissage du coecum; la valvule iléo-coecale se laisse aisément franchir et la dernière anse iléale s'injecte sur une dizaine de cms. Son calibre est large et ses contours irréguliers. Pas de différences de transparence suivant les zones.

La progression de l'index baryté est stoppée à ce niveau et l'augmentation progressive de la pression ne permet pas de franchir cette zone.

A la palpation, sous scopie, la douleur se situe nettement sur l'aire iléale, au niveau de l'arrêt de la baryte.

Cette douleur est vive et localisée, absolument indépendante du coecum et de la région de la valvule iléo-coecale.

Pas d'opacification de l'appendice.

Après évacuation, la muqueuse reste imprégnée par la baryte à ce niveau.

La zone d'arrêt de l'index baryté, qui se superpose exactement à la zone douloureuse à la palpation, peut correspondre à la zone d'implantation d'un diverticule de Meckel.

Le 23 Novembre, on complète l'étude de la dernière anse iléale par un transit intestinal.

Léger retard du transit du grêle; la dernière anse iléale n'est bien opacifiée qu'à la 6ème heure. Elle est étirée et la muqueuse est mal imprégnée.

La douleur, beaucoup moins vive qu'au cours de l'examen précédent par lavement baryté, est retrouvée très localisée, à la palpation profonde, sur la zone correspondant à la dernière anse iléale.

Les clichés, 8 heures après, ne montrent pas d'opacification de l'appendice, ni d'un éventuel diverticule de Meckel.

---

§ 2 - REVUE DE LA LITTERATURE AU SUJET DE CES ASPECTS RADIOLOGIQUES

A/ Les images radiologiques organiques

a) Au cours des iléites lymphoïdes mésentériques : images traduisant l'hypertrophie des formations lymphoïdes intra-pariétales : follicules clos, plaques de Peyer.

Ces formations lymphoïdes repoussent, sans l'altérer, au niveau de la pointe de leur tuméfaction, la muqueuse de la dernière anse iléale.

La baryte s'insinue dans les vallées entre ces cônes dont les bases sont juxtaposées et dessine des images polycycliques dont le réseau de mailles va des dimensions d'une tête d'épingle de verre à un noyau de cerise (follicules) ou à une amande (plaques de Peyer).

On obtient des images en "gateau de miel",
en "pierre meulière",
images ovalaires allongées selon l'axe intestinal.

On peut également observer des images autres :
soit l'empreinte d'un ganglion mésentérique,
soit l'existence d'ulcérations sur la muqueuse de la dernière anse iléale (E. CHERIGIE)

Des aspects serratiques (petites dents de scie) sur le bord inférieur convexe de l'anse (G.C.),

Images en relief se projetant en dehors du bord même de la lumière intestinale (E. CHERIGIE).

b) Au cours de la maladie de Crohn.

Dans le stade de début, on observe des aspects radiologiques analogues à ceux décrits précédemment au cours des iléites lymphoïdes mésentériques; à une période plus avancée, la dernière anse iléale devient intolérante; elle est très spasmodique, très hypertonique, parfois d'aspect filiforme.

A la phase de sténose, le grêle terminal est réduit à un défilé étroit, inextensible (S. de la corde) avec de nombreux spicules. Le grêle d'amont est normal ainsi que le coecum. L'arrêt des lésions se fait à l'emporte-pièce (P. HILLEMAND et E. CHERIGIE).

c) La tuberculose intestinale iléo-coecale.

En rappelant l'empreinte ganglionnaire sur le bord convexe de la dernière anse (nodule d'alarme du début de la φ) et les ulcérations classiques.

d) Les images radiologiques de la colite ulcéro-hémorragique.

e) La maladie de Hirschprung.

f) Les images radiologiques typiques de l'invagination intestinale.

Citons également certains aspects observés dans le Meckel et l'appendice.

g) L'iléite oedémateuse aiguë (MONGES et Coll.),

La Bauhinite oedémateuse,

dilatation de la dernière anse iléale, avec absence d'imprégnation de la portion pré-valvulaire et du bord interne du coecum qui apparaît ainsi profondément encoché au niveau de la valvule de Bauhin. La palpation était douloureuse, surtout au niveau du bas-fond coecal et de la valvule iléo-coecale. (BOLTANSKI, MOUZON et REGELSPERGS).

B/ Les images radiologiques fonctionnelles

a) Images anormales observées au cours des entérites graves du nourrisson (accompagnées d'hémorragies intestinales).

Intéressent tout ou partie du grêle ou du côlon.

Il s'agit d'iléus réflexe. On y observe des images hydroaériques à la radio sans préparation de l'abdomen.

Il faut naturellement éliminer une occlusion mécanique, chirurgicale.

Au moindre doute, on se doit de pratiquer un lavement baryté (LEVESQUE, BASTIN, LA FOURCADE) (Thèse de Mme DEMASSIEUX, Paris, 1947).

b) Les dolicho-mégacôlons fonctionnels.

c) Le mégacôlon fonctionnel au cours des recto-colites aiguës ou fulminantes (SOULIER et LOYGUE).

d) Nous devons citer toutes les images fonctionnelles coliques ou du grêle observées

- soit au cours de lésions organiques,
- soit au cours d'états allergiques, inflammatoires ou d'avitaminose.

On note des irrégularités du calibre intestinal, la coexistence d'anses hypertoniques et d'anses hypotoniques.

Une disparition du plissement physiologique; des bords irréguliers, évoquant une ulcération; en bref, l'aspect d'une entérite aiguë.

L'absence d'haustrations au niveau du côlon.

On constate également des modifications de la muqueuse : avec élargissement des plis, leur effacement, leur aspect grossier, irrégulier.

Le caractère commun de toutes ces images fonctionnelles est leur réversibilité.

Elles sont transitoires et disparaissent sans laisser aucune séquelle.

§ 3 - CONCLUSION

Les images radiologiques que nous avons observées tant au niveau du côlon que du grêle terminal, sont des images fonctionnelles, comme en témoigne leur caractère transitoire et le manque de toute séquelle radiologique qu'elles laissent.

Elles témoignent certainement d'un mode de réaction à une agression portant sur le système nerveux autonome de l'intestin.

Elles sont de toute évidence la conséquence de l'inflammation aiguë dont l'intestin a été l'objet et elles disparaissent lorsque cesse l'agression.

L'hémorragie digestive a été le reflet clinique des lésions inflammatoires de l'intestin.

Nous insisterons pour terminer sur l'énorme intérêt qu'il y a de savoir que de telles images trop souvent trompeuses peuvent être rencontrées au cours des entéro-colites de l'enfant et qu'avant de leur donner des conclusions définitives il est bon de vérifier qu'elles ont totalement disparu lorsque l'enfant est guéri.

*

* *

VI - LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

- LABORATOIRE
- RECTOSIGMOIDOSCOPIE

-:-:-

§ 1 - LE LABORATOIRE

Apporte-t-il quelques éléments au problème ?

Dans l'ensemble, il est très décevant..

Nous allons passer en revue les différents examens demandés.

a) La numération, formule sanguine :

Dans deux cas seulement d'enfants ayant présenté une hémorragie intestinale, elle montra une anémie assez marquée à 3.800.000 dans le premier cas, V.G. 1,13; à 3.400.000 dans le second cas, V.G. 0,95. Cette anémie se répara vite sans transfusions ni traitement martial.

Pas de modification de la série blanche..

b) Urée sanguine :

Dans un seul cas d'hémorragie, on note un taux d'azotémie à 0,80 g à l'entrée chez un enfant de 16 mois. Pas d'anémie. Rapidement, l'urée revient à la normale. Culot urinaire normal.

c) L'ionogramme, lorsqu'il fut pratiqué, était normal.

d) Recherche de virus dans les selles et de parasites : cette recherche se montra constamment négative.

e) La coproculture (dans les 3 cas avec diarrhée) : montra dans deux cas la présence de candida albicans (les enfants étaient porteurs de muguet), avec staphylo pathogènes dans 1 cas.

Dans le troisième cas, à l'entrée, on trouvait du proteus des coli non pathogènes.

10 jours après leur entrée, on notait la disparition du candida albicans, du proteus, mais on trouvait alors :

- soit des staphylo pathogènes (qui n'étaient pas présents à l'entrée),
- soit des coli pathogènes (86 B7, 127 B2)

Il s'agissait vraisemblablement d'une surinfection de crèche.

f) Etude de la crase sanguine :

Elle ne révéla aucune modification (plaquettes, taux de prothrombine...)

g) Dans un seul cas (LOCH... 11 ans), on pratiqua un examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire (Pr. DELARUE). Il montra une appendice atteint d'une inflammation chronique avec lésions φ dans un ganglion mésentérique.

§ 2 - LA RECTOSIGMOIDOSCOPIE

Cet examen fut pratiqué dans trois cas.

Par deux fois, il montra une muqueuse saine, sans lésion organique.

Dans le troisième cas, il montra une muqueuse rouge, congestionnée, saignant facilement, avec un léger oedème de la muqueuse.

Il s'agissait alors d'un enfant de 2 ans ½ ayant présenté une entérorragie avec douleurs abdominales; pas de fièvre ni de troubles digestifs.

L'examen radiologique montrait un état spasmodique du côlon sigmoïde et une dilatation de l'iléon terminal.

De toute façon, la rectoscopie a permis d'éliminer l'existence d'un polype du rectum ou du sigmoïde.

*

* *

VII - ESSAI DE SYNTHESE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE

-:-

§ 1 - LA PHASE AIGUE

Dans nos six observations, les 4 cas d'entérite hémorragique et les deux autres non hémorragique, nous avons trouvé un caractère commun et un seul, à savoir : les aspects radiologiques.

Ceux-ci ont présenté schématiquement deux sortes d'images :

- soit des images spasmodiques,
- soit des images de dilatation.

siègeant :

- soit sur le grêle,
- soit le côlon,
- ou sur ces deux segments de l'intestin.

Parfois, nous avons pu observer l'association de ces deux modes de réaction.

A ces images, s'associaient parfois des aspects d'oedème de la muqueuse, d'irrégularité de ses contours, une certaine raideur.

Dans un cas, la rectoscopie a donné des résultats parallèles à la radio : on notait une image spasmodique au niveau du côlon signoïde et la rectosigmoïdoscopie a montré une muqueuse oedématiée, saignant très facilement.

Cliniquement, trois symptômes isolés ou associés sont dominants :

- l'hémorragie intestinale,
- les douleurs abdominales,
- la diarrhée, tout au moins les signes physiques d'entéro-colite.

Ce sont les deux premiers qui ont motivé l'examen radiologique, pratiqué d'urgence ou du moins rapidement, pour éliminer, à tout prix, une affection chirurgicale grave.

Les images radiologiques observées sont des images fonctionnelles, non spécifiques, pouvant être le reflet :

- soit d'une affection organique nettement individualisée (cas de notre dernière observation). Il s'agissait alors d'une tuberculose iléo-coecale, diagnostic confirmé par l'examen anatomo-pathologique.
- soit, comme il était question dans nos 5 autres observations, d'entérites sévères, dues à des agents microbiens différents (candida albicans, staphylo pathogènes ou non identifiés).

De toute façon, dans ces cinq dernières observations, ces images anormales radiologiques ont disparu rapidement.

§ 2 - LES SEQUELLES

Dans aucun cas, nous n'avons observé des séquelles, tant sur le plan clinique que radiologique.

§ 3 - LE DEVENIR

Nous avons pu suivre ces enfants, après leur sortie du Service et, dans aucun cas, nous n'avons observé de récidives. Du moins, jamais ils n'ont présenté des signes cliniques aussi graves nécessitant une hospitalisation ou de nouvelles explorations radiologiques ou endoscopiques.

*

* *

VIII - LES DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

A/ AFFECTATIONS MEDICALES

§ 1 - Diagnostics évoqués devant l'hémorragie par l'anus de sang rouge ou noir, ou l'association des deux.

a/ Le polype solitaire du rectum ou du sigmoïde : Intérêt de la rectosigmoïdoscopie dans ce cas et également du lavement baryté. Ce 1er examen se heurte malheureusement à certaines difficultés techniques chez le tout petit.

b/ Invagination intestinale :
C'est l'indication majeure du lavement baryté devant un enfant qui présente des douleurs abdominales et une intérorragie. Il faut à tout prix éliminer cette affection qui, faute d'une intervention précoce, entraînerait la mort de l'enfant.
Malheureusement, il est peu de secours s'il s'agit d'une invagination iléo-iléale.

c/La diverticulite,l'ulcère peptique et la perforation d'un ulcère du diverticule de Meckel :
Au moindre doute, il faut intervenir.

B/ AFFECTIONS MEDICALES

Hémophilie

Hémogénie

a/ Les troubles de la crase sanguine primitifs ou secondaires :
l'entérorragie est rarement isolée.

b/ Certaines affections médicales que nous ne ferons que citer :

- leucoses,
- certaines avitaminoses (C, P, B6)
- les ictères, qu'ils soient infecticux ou viraux ou dus à une malformation des voies biliaires,
- la fièvre typhoïde où l'hémorragie intestinale peut être révélatrice.

Dans une de nos observations (VIN... Phil.), nous avons discuté ce diagnostic, car l'enfant était fébrile et était porteur d'une rate.

Dans certains syndromes toxiques dus à une infection exogène, oto-mastoïdc, avec état toxique en particulier.

- angiomatose intestinale, pour la citer.

c/ L'entéro-colite (surtout l'entéro-colite dysentériforme)

ce qui a été le cas de nos observations.

§ 2 - Diagnostics différentiels posés par les douleurs abdominales :

Nous nous devons de dire que celles-ci sont très fréquentes chez l'enfant.

Nous allons rapidement les passer en revue :

1/ Les manifestations fonctionnelles :

Notons l'importance du terrain : il s'agit très souvent d'enfants neurolabiles.

Citons l'exemple de la colite spasmodique de l'adulte.

Précisons le rôle très important des traumatismes affectifs.

2/ Les troubles du transit, très fréquents également chez l'enfant, qu'il s'agisse de constipation ou de diarrhée chronique.

3/ Les manifestations accompagnant des infections aiguës. Dans certains cas, les douleurs abdominales peuvent dominer le tableau clinique et faire errer le diagnostic.

Citons pour mémoire :

- surtout les angines. Il faut avoir pour principe d'examiner systématiquement la gorge de tout enfant souffrant du ventre.
- l'acétonémie.
- la pneumonie et le R.A.A. à forme pseudo-appendiculaire.
- la fièvre typhoïde.
- l'épilepsie temporale.
- le purpura rhumatoïde, pour ne citer que ceux-là.

4/ Les anémies hypochromes, même larvées :

reconnues sur les signes cliniques, pâleur, troubles des phanères, aspect de la langue, des muqueuses, souffles cardiaques anorganiques...

Intérêt de la formule sanguine, du dosage du fer sérique.

En cas de doute, on se doit de pousser plus loin les investigations biologiques, et notamment de faire chez ces enfants une épreuve d'hypersidérémie provoquée.

5/ Manifestations d'une lésion organique :

- Appendicite,
- Invagination,
- Autres occlusions (notamment anomalies d'accolement du côlon),
- Perforation d'un diverticule de Meckel,
- Adénopathies mésentériques,
- Méga-côlon congénital.

*

* *

C O N C L U S I O N S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Nous avons étudié 6 cas d'enfants ayant présenté une entéro-colite grave accompagnée

- soit d'une entérorragie importante,
- soit de douleurs abdominales intenses et surtout prolongées,
- symptômes associés le plus souvent à des signes d'entéro-colite, mais non pas constamment.

Ces signes cliniques nous ont conduit à demander un examen radiologique d'urgence et dans tous les cas nous avons constaté des images radiologiques, siègeant soit sur le côlon, soit sur la dernière anse iléale, soit sur ces deux portions du tube digestif simultanément, nettement anormales.

Ces images radiologiques étaient :

- soit des images spasmodiques,
- soit des images de dilatation d'un segment du tube digestif,
- parfois, il s'agissait d'une association de ces deux types d'anomalies.

Elles étaient dans certains cas associées à des modifications de la muqueuse intestinale. Il s'agissait d'images fonctionnelles, transitoires, non spécifiques, liées certainement à des perturbations neuro-végétatives et elles paraissent être un mode de réaction portant sur le système nerveux autonome de l'intestin.

Dans cinq observations, il s'agissait d'entérites sévères. Pour la sixième, une tuberculose iléo-coecale était en cause.

Pourtant, dans ces six cas, les images radiologiques étaient comparables.

Dans toutes ces observations, l'examen radiologique s'imposait.

En conclusion, le petit nombre de nos cas, joint à l'absence de renseignements précis trouvés dans la littérature, ne nous permet pas de conclure dans ces cas à un syndrome pur pouvant être isolé.

Cependant, nous attirons l'attention sur le fait que dans tous ces cas il y a des images radiologiques anormales posant parfois de difficiles problèmes diagnostiques.

En conséquence, nous pouvons penser que :

1/ il est indispensable de faire une étude radiologique systématique de l'intestin devant toutes douleurs abdominales violentes et prolongées, avec ou sans hémorragie intestinale, avec ou sans diarrhée.

2/ De cette étude, il sera possible de préciser si les aspects cliniques et radiologiques que nous avons observés sont banaux ou accompagnent un syndrome bien défini.

3/ Il est très utile de connaître la possibilité d'images radiologiques évoquant :

un rétrécissement,

une raideur localisée,

une dilatation,

de l'iléon terminal ou du côlon.

Toutes images fonctionnelles certes, mais qui sont susceptibles de provoquer des erreurs de diagnostic.

VU, le Président de Thèse,

M. Le Professeur JULIEN MARIE

VU, le Doyen,

M. le Professeur BINET

VU, le Recteur,

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

1. Emissions sanglantes par l'anus chez le nourrisson et l'enfant. (J.L. DUCOURIOUX - Revue du Praticien; N° 31, 1956, 1er Décembre).

2. Hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né et du nourrisson. (H. BOUISSON et P. CLAVERIE - Toulouse Médicale, 1951).

3. Hémorragies intestinales de sang rouge chez l'enfant. (M. LEVY - L. LEVY - Presse Médicale, 1954, 28 Août, N° 57, p. 1180).

4. Hémorragies digestives chez le nourrisson et l'enfant au cours des entéro-colites aiguës. (LEVESQUE, BASTIN, LA FOURCADE - Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Pédiatrie, tome 2).

5. Les iléites lymphoïdes terminales. (P. BUFFARD, NEFUSSY et R. MASSOT - Revue du Praticien, 1er Février 1962).

6. Iléite oedémateuse aiguë à allure allergique. (MONGES, GASTON, COTTABORDA et JOUVE - La Presse Médicale, 1959, N° 7, p. 251).

7. La maladie de Crohn (étude critique et clinico-radiologique). (P. HILLEMAND et E. CHERIGIE - La revue du Praticien, 11 Avril 1959).

8. Etude radiologique des iléites folliculaires. (E. CHERIGIE, A. DEPORTE, C. TAVERNIER - La revue du Praticien, 1er Février 1962).

9. A propos de deux nouveaux cas de Bauhinite oedémateuse.
(BOLTANSKI, M. MOUZON et B. REGELPERGER - Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition, tome 17, N° 11, 1236, Nov. 1958).

10. Purpura d'Hénoch et modifications de l'intestin grêle.
(WHITMON W.H., PETERSON G.M. - In. J. Radiol. Electrol. 1947, 28, N° 1-2, p. 72).

11. A propos de 225 examens pratiqués aux Enfants-Malades. Indications et résultats du lavement baryté.
(LEFEVRE, J. SAUVEGRAIN, J. BINNET, J.C. PEYROUX - Journal Radiol. Electrol., Mars-Avril 1959).

12. Importance de l'examen radiologique systématique des viscères au cours du syndrome toxique du nourrisson.
(Thèse de Mme DEMASSIEUX, Paris, 1947).

13. La dilatation du côlon au cours des recto-colites hémorragiques Mégacôlon toxique ?
(SOULIER et J. LOYGNE - La Presse Médicale, 25 Décembre 1961, N° 56, p. 2615).

14. Radio-diagnostic des maladies inflammatoires de l'intestin grêle.
(PREVOT - Fortschr. Geb. Röntgen., Mars 1950, 72, N° 5).

15. Les images fonctionnelles radiologiques du grêle.
(P. PORCHER - J. SAUVEGRAIN - Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Radio)).

16. Les images fonctionnelles coliques.
(PORCHER P., SAUVEGRAIN J. - Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Radiol.)).

17. La dystonie aganglionnaire et son traitement au cours des douze premiers mois.
(G. LAURENCE - La Revue du Praticien, 11 Décembre 1959, N° 32).

18. Le grêle terminal de l'enfant.
(E. CHERIGIE - Semaine des Hôpitaux, annales de radiologie, 1959, 2, N° 5-6).

19. Signes radiologiques dans la recto-colite hémorragique.
(Rapport de MM. RACHET et ARNOUS _ Société Belge de Gastro-Entérologie).

Colopathies fonctionnelles et colites.
(PORCHER et SAUVEGRAIN - Encyclopédie M.C. (Radio.)).

20. Au sujet de l'examen radiologique du grêle et des signes radiologiques du grêle terminal.
(G. de BUSSLER - Acta gastro-enterology belge, Mars 1946, 9, N° 3, p. 151-161).

-:-:-:-:-

-:-:-:-